

La gestion du stress traumatique
chez les sapeurs-pompiers et les ambulanciers.
Expériences avec le *debriefing* psychologique en Belgique

E. de Soir

Département des sciences du comportement, Ecole royale militaire, 30, avenue de la Renaissance, 1000
Bruxelles, Belgique

Résumé

L'objectif de ce travail est de tenter de créer une image réaliste du monde de travail réellement spécifique des sapeurs-pompiers et des ambulanciers. Ainsi, la première partie traite la façon dont les événements émotionnellement choquants et/ou traumatisants sont vécus, sur le terrain et immédiatement après, par les sapeurs-pompiers et les ambulanciers. Cette première partie apprend qu'il est à la fois important et indispensable, pour le professionnel du psychologique, de tenir compte du soutien naturel présent dans chaque corps de sapeurs-pompiers et d'intervenants dans l'aide médicale urgente, lors de l'élaboration du système d'assistance psychologique après incidents critiques. Toute assistance psychologique pour les intervenants doit d'ailleurs déjà commencer sur le terrain lui-même. Il apparaît dans cet article, qu'après, l'intervention traumatisante devrait être gérée de façon multidisciplinaire, prenant comme métaphore de travail « puzzle de l'intervention » : la reconstruction de ce puzzle (traumatique), avec tous les intervenants, est le départ de chaque soutien psychologique en groupe. Les avantages de cette forme d'assistance apparaissent dans plusieurs exemples concrets. Une deuxième partie de l'article est consacrée à l'introduction du *supervised peer debriefing*, une forme de *debriefing* psychologique ou de *debriefing* du stress traumatique dans laquelle le soutien mutuel et l'assistance psychologique après-coup est fourni par des collègues bien entraînés et supervisés par des professionnels (psychiatres ou psychologues et sapeurs-pompiers eux-mêmes). L'article focalise sur la sélection et la formation de ces collègues qui forment des équipes de gestion de crises (EGeC) par corps de sapeurs-pompiers ou d'intervenants dans l'aide médicale urgente. La troisième partie du texte ci-dessous traite de la construction d'un réseau d'EGeC dans les services de sapeurs-pompiers et d'ambulanciers. La structure des *fire-fighter & medical emergency stress teams* (FiST) belges est prise comme exemple type. Dans cette partie, on retrouve les explications concernant la séquence de travail et les structures -avec leurs compétences spécifiques -qui forment l'ossature des FiST. © 1999 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

état de stress post-traumatique / sapeurs-pompiers / ambulanciers / psychotraumatisme / *debriefing* psychologique

Summary -Handling of traumatic stress by firemen and ambulance personnel. Experiences with psychological debriefing in Belgium.

The aim of this text is to create a realistic image of the very specific world of fire fighting and medical emergency work. In the first part, the way in which shocking and/or traumatizing events are lived by the fire fighters and paramedics on the field, is described. It appears, from this part of the article, that it is essential to take the natural support which is already present in each fire brigade or emergency medical service into account when elaborating a system for psychological after-care of critical incidents. At the same time, the article focuses on the importance of the initial immediate on-scene support for the stricken caregivers. Shortly after the traumatic intervention, a multidisciplinary approach seems to be needed, one that focuses on the metaphoric traumatic puzzle, which is what the intervention looks like. Thus, the psychological assistance begins with the reconstruction of this 'puzzle' with all the different caregivers. In the second part, the article introduces the notion of Supervised Peer Debriefing: a kind of psychological debriefing or traumatic stress debriefing in which the mutual assistance and the psychological after-care is provided by well-trained colleagues, under the supervision of professionals (psychiatrists or psychologists, being fire fighters or paramedics themselves). The article also focuses on the selection and training of

'debriefers', members of Crisis Response Teams, for fire brigades and/or emergency medical services, Finaly; the third part of the article describes the construction of a network of Crisis Response Teams in fire brigades and emergency medical services. The structure and working principles of the Belgian Fire Fighter and Medical Emergency Stress Teams are taken as a prototypical example and the focus is on the tasks and competences of the different structures. © 1999 Éditions scientifiques et médicales Elsevier SAS

post-traumatic stress disorders / fire fighters / paramedics / psychotrauma / psychological debriefing

Dans cet article, il s'agit en premier lieu des impacts des interventions émotionnellement choquantes et/ou des interventions traumatiques et la façon dont elles sont souvent difficilement exprimables dans le monde vraiment spécifique des sapeurs-pompiers. Par la suite, nous développerons la façon dont les entretiens de soutien peuvent aider, suite à des expériences traumatiques. Finalement, nous nous arrêterons en détail sur les possibilités de prévention, d'approche et de traitement du stress post-traumatique chez les sapeurs-pompiers et les ambulanciers par la création d'un réseau d'équipes de gestion de crises. Comme exemple, nous prenons ici la méthode de travail des *firefighter and medical emergency stress teams* (FiST). Le but est de montrer que, par l'apport précoce des premiers soutiens aux victimes de traumatisées et par des discussions « psychologiquement désinfectantes », des non-professionnels supervisés et entraînés peuvent arriver à de très bons résultats avec leurs collègues. Un des buts de cet article est également de relativiser et de démystifier « l'accompagnement psychologique ». D'ailleurs, il ressortira que la place de la santé mentale professionnelle n'est pas la plupart du temps en première ligne. Il est cependant essentiel de ne pas piétiner les principes de base de l'assistance psychologique de crise. Cet article traite de manière non exhaustive les possibilités de *debriefing* psychologique jusqu'à l'organisation d'un réseau supervisé d'équipes de gestion de crises, composées en majeure partie de sapeurs-pompiers et d'ambulanciers.

ÉVÉNEMENTS TRAUMATIQUES ET SAPEURS-POMPIERS

Les effets du stress traumatique dans le milieu fermé des sapeurs-pompiers et des ambulanciers

Dans les paragraphes qui vont suivre nous allons tâcher de montrer la diversité des effets des événements émotionnellement choquants et/ou traumatisants sur les sapeurs-pompiers et les ambulanciers. Par un événement émotionnellement choquant, nous entendons: un événement, dans le sens large du terme, qui fait violem-

ment prendre peur, émeut et qui, par son comportement soudain ou inattendu, peut sérieusement troubler l'équilibre émotionnel et cognitif de l'individu concerné. Les exemples sont, entre autres, l'annonce d'un décès douloureux et inattendu d'un membre de la famille ou d'une connaissance, la vue de blessés sérieux ou de morts et la vue ou la participation à un accident de voiture.

Un événement traumatisant en revanche, est un événement qui répond aux quatre critères suivants :

- l'événement est soudain et inattendu ;
- cela donne un sentiment d'impuissance, d'affolement et/ou de colère ;
- l'événement est lié à des émotions fortes et/ou des sentiments de peur intense ;
- il confronte les victimes de façon directe ou indirecte avec la mort ou une atteinte sérieuse à l'intégrité physique de soi-même ou de l'autre.

Un événement émotionnellement choquant peut donc également être traumatisant, mais ceci n'est pas nécessaire.

Les événements traumatiques ébranlent les fondements de l'homme: ils s'écartent de l'expérience habituelle et causent chez presque toutes les personnes un dommage certain. Les événements traumatiques sont naturels et en fait personne ne peut vraiment se mesurer avec ceux-ci. Se remettre d'un événement traumatique peut être un processus particulièrement douloureux et long. En dehors du sentiment d'être troublé, blessé et pénétré dans sa propre sécurité, suivent des sentiments complexes et souvent destructifs d'incertitude, de faute, de peur et de doute. Les événements traumatiques suscitent chez les victimes des questions et des suppositions de base sur leur ancrage-propre et sur l'ordre du monde. Le désarroi émotionnel fait désirer profondément les victimes d'événements traumatiques à la stabilité et à un sens envers le monde autour d'eux et leur propre rôle dans celui-ci.

Les intervenants mettront incontestablement en question leur rôle de « sauveur » et ils commenceront sérieusement à douter de leurs capacités. Malgré cette aspiration à la quiétude -qui peut souvent être trouvée dans la mesure où l'événement traumatique, via une

reconstruction détaillée, peut trouver une explication ou le départ d'une assimilation du trauma -, les victimes d'un événement traumatique se remémorent souvent des souvenirs non désirés de l'événement en question. Les souvenirs sont alternativement présentés comme, d'un côté des pensées indésirables qui incitent à se tracasser ou à ruminer et, de l'autre côté, des souvenirs obsessionnels, intrusivement profonds. Les souvenirs spontanés forment en fait, à côté des réactions d'évitement, la signature de l'état du stress post-traumatique (*post-traumatic stress disorder* ou PTSD), comme celui qui a été exprimé pour la première fois dans *diagnostic and statistical manual for disorders III* [1-3].

Qui va travailler chez les sapeurs-pompiers peut s'attendre à être, tôt ou tard, confronté à un événement émotionnellement choquant ou traumatisant, comme dans d'autres métiers à risques où il est question d'un choix clairement professionnel conscient -personnel de police, firme de transport d'argent, prison, service d'urgence -; on espère alors que ces personnes, ainsi que l'organisation dans laquelle elles travaillent, soient bien armées contre de tels impacts. Devoir travailler avec des victimes vivantes, gravement blessées ou mortes par le feu, ou victime d'un grave accident de voiture, d'une catastrophe naturelle, d'un délit de violence, d'une fusillade, etc., demande aussi un bon accompagnement psychologique. Rien n'est moins sûr! Selon une enquête [7, 8], il semble qu'un peu plus d'un pompier ou ambulancier sur dix n'aurait jamais digéré un précédent choc traumatique pendant une intervention. Les effets, à court et à long terme, des stress soudains et intenses qui s'accumulent lentement, semblent vraiment détériorants pour les sapeurs-pompiers. Sans s'en rendre compte, ils reçoivent de sérieux coups du point de vue médical, psychologique, social et familial. Le milieu des sapeurs-pompiers et ambulanciers est vraiment très spécifique et clos, dans lequel un étranger ne serait pas admis. De nombreuses tentatives pour aider aux effets du stress post-traumatique dans la pratique des sapeurs-pompiers ont échoué, parce que quelques projets avaient trop peu de valeur écologique ou parce que les initiateurs des corps des sapeurs-pompiers s'approchaient de bases purement commerciales.

Le principe de comparaison sociale dans la crise psychologique, c'est-à-dire : « Je veux être soutenu, écouté et aidé par quelqu'un qui me ressemble le plus possible et qui se trouve dans un milieu de vie semblable » n'est probablement nulle part ailleurs si fort que chez les sapeurs-pompiers. Le problème de beaucoup de sapeurs-pompiers est qu'ils souffrent du *not-invented-by-engineers'-syndrome*. Le fait que la direction de corps de sapeurs-pompiers moyens et de gros corps de sapeurs-pompiers se compose principalement d'ingé-

nieurs qui, pendant leur formation, ont reçu un nombre d'heures insignifiant de relations interpersonnelles, de *human resources* et de *leadership*, rend visiblement plus difficile l'instauration des « valeurs douces » ainsi nommées. Étant donné qu'une bonne partie des cadres, comme les ingénieurs, est directement nommée officier, et s'occupe des questions techniques, il ne lui est pas toujours facile de se mettre dans le problème purement humain sur le terrain où le plus souvent le niveau d'étude n'est pas très élevé mais où l'âge moyen et le nombre d'interventions émotionnellement choquantes le sont.

Une autre ligne de rupture, qui se retrouve dans beaucoup de corps de sapeurs-pompiers, se situe entre jeune et plus âgé: le fait d'avoir un grade ou un certain nombre d'années d'expérience n'est pas toujours synonyme d'une meilleure connaissance professionnelle. Beaucoup de jeunes sapeurs-pompiers ou ambulanciers détiennent toute une série de diplômes et de brevets fraîchement acquis; ce qui les rend forts par rapport à leurs collègues plus âgés.

Les interventions émotionnellement choquantes ou traumatisantes peuvent apporter beaucoup de plaintes physiques ou psychiques. Des manifestations possibles de ceci sont, entre autres, de se retirer de la vie sociale, d'éviter des situations difficiles, de l'agitation et de la nervosité, de l'irritabilité excessive ou de l'agressivité directe (même parfois au sein de la famille), mal de dos, de tête et de ventre, pointe au creux, toutes sortes de souvenirs {rêves tristes, *désagréables*, *flash-back*, etc.}, problèmes de concentration et de peur. Ce sont tous des symptômes de stress post-traumatique.

En outre, des études montrent clairement qu'il existe une pathologie cardiovasculaire chez les sapeurs-pompiers, qui fait considérablement plus de victimes que dans la population moyenne. Les sapeurs-pompiers semblent montrer plus de facteurs de risques cardiovasculaires comme l'hypertension artérielle, l'excès de poids et l'hypercholestérol.

Ces facteurs de risques médicaux sont à ajouter à la culture virile et machiste qui, la plupart du temps, en couche superficielle et parfois mince comme du papier à cigarette, se retrouvent chez les sapeurs-pompiers. Le personnel du corps des sapeurs-pompiers se compose essentiellement d'hommes qui, pendant leur formation, ont appris que d'ordinaire, pleurer est un signe de faiblesse et/ou pour les filles. Ils sont experts pour réprimer la douleur et pour cacher leurs sentiments avec de l'humour noir et du cynisme comme seul exutoire. C'était souvent ce même exutoire qui permet aux sapeurs-pompiers, pendant les interventions, de conserver une distance psychologique opérationnelle par rapport aux victimes. Pendant leur travail, dans beaucoup de situations atroces, ils apprennent à se concentrer sur leurs

opérations techniques et à refouler leurs sentiments ou émotions. Ce comportement fut souvent dans le passé considéré à tort comme de l'insensibilité. La façon dont le pompier manie les sentiments semble souvent être très fonctionnelle. Plus loin dans ce texte, un certain nombre de mécanismes sera discuté, mécanismes par lesquels les sapeurs-pompiers peuvent conserver la distance nécessaire vis-à-vis des victimes, entre autres via l'humour noir on-the-spot, et donc leur propre intégrité psychique. Cependant, le comportement *John Wayne* -le dénommé *John Wayne syndrome* ([19] ; Becker, 1989) -s'occupe de beaucoup de problèmes, une fois que l'effervescence de l'intervention est passée, l'armure enlevée et les sapeurs-pompiers de retour. L'expérience fonctionnelle du tunnel se réveille. Un comportement typiquement masculin et extraverti -par exemple fumer, boire, parler fort, prendre beaucoup de place dans le groupe et se vanter de ses propres prestations -est encore visiblement renforcé par le profil spécifique du pompier, qui est la plupart du temps dirigé directement dans l'action, dévoué, vraiment motivé, ambitieux et prêt à prendre des risques mesurés. Échouer ne fait pas partie de son vocabulaire. Les victimes qui meurent (ou qui sont mortes) sont synonymes d'« échec » (le pompier est arrivé trop tard). L'impuissance surprenante qui vade pair avec l'incapacité pour ne pas évoluer et refléter de façon systématique et structurée les sentiments font de beaucoup de sapeurs-pompiers les candidats idéaux pour le *burnout syndrome*.

Le *burnout* a été initialement décrit par Freudenberger en 1987, comme forme particulière de dépression des membres d'équipes de médecine sociale. Chez beaucoup de sapeurs-pompiers plus âgés, les symptômes de *burnout* peuvent être retrouvés un par un. Ne pas pouvoir ou ne pas vouloir parler des impressions et émotions acquises étape après étape mènent donc inévitablement à des problèmes à long terme. Certains quittent, après quelques années, l'assistance aux victimes d'accidents ; effrayés et marqués par ce qu'ils font sur le terrain; physiquement, émotionnellement et mentalement épuisés. Cinq ans de pratique chez les sapeurs-pompiers et les ambulanciers semble, surtout pour les sapeurs-pompiers volontaires, être une période critique: une fois qu'ils ont réussi pendant ces cinq premières années à trouver un équilibre envers les interventions choquantes et le temps qu'ils investissent dans leur assistance (volontaire), la chance est plus grande qu'ils restent investis dans le corps. Un des premiers obstacles à surmonter est de manier les sentiments de faute et d'impuissance.

Le pompier doit apprendre à savoir que dans l'assistance ou l'aide médicale urgente, la barre ne peut pas être mise trop haute: certaines situations ne peuvent pas dépasser la tête. C'est la réalité! D'autres quittent après

une année et récupèrent la passion perdue pour la violence car finalement beaucoup de sapeurs-pompiers et d'ambulanciers sont aussi des « accros de traumatisme » et ne trouvent rien dans des périodes d'inactivité. Leur métier d'assistance leur manque, avec un fort sentiment d'insuccès. L'échappement semble de nouveau être l'humour noir, l'ironie et le cynisme. Cela réveille-t-il encore l'étonnement ? Chez ces sapeurs-pompiers, on peut présenter l'échappement physique, mental et émotionnel comme un processus où il est question d'un désordre émotionnel toujours grandissant. Le pompier impliqué doit investir toujours plus d'énergie dans « la non-envie d'être confronté », liée avec leur propre expérience à des interventions traumatiques du passé. L'alcool et l'hyperactivité -qui favorisent souvent l'isolation sociale -restent d'actualité et souvent utilisées pour s'« échapper ». Ils restent beaucoup dans leur caserne, occupés avec tout et rien, jouent aux cartes, boivent ensemble au comptoir, discutant des interventions passées et tiennent les étrangers à une distance certaine. Ils partagent donc une bonne partie de leur temps entre eux. Il y a chez les sapeurs-pompiers de cette sorte une forte solidarité réciproque. Ils restent, même au repos, encore fort impliqués dans tout ce que le corps organise et dans la périphérie de tout ce qui se passe. Le professionnel du psychologique ne peut faire abstraction de ce soutien social tout à fait naturel en s'approchant d'un corps de sapeurs-pompiers atteint par un événement traumatique. Cependant, certains nient cette réalité !

Enquête de terrain concernant les expériences avec le stress traumatique par le personnel des sapeurs-pompiers, services d'ambulances et d'aide médicale urgente

Sondage d'expérience d'intervention traumatique

Cinq années comme coordinateur et entraîneur des FiST à travers la Belgique et la Hollande, dans plus de 80 corps de sapeurs-pompiers, toutes sortes d'exercices (d'un minimum de trois heures) sur le stress traumatique chez les sapeurs-pompiers, livrent une énorme quantité de données sur la manière dont les sapeurs-pompiers doivent s'y prendre avec les différentes sortes de stress dans leur pratique. Les exercices de corps généraux se composent de trois parties: une analyse dirigée sur l'expérience des interventions traumatiques, une discussion dirigée sur la pratique dans la vie réelle et une explication théorique des mécanismes et des phénomènes du stress traumatique.

Les leçons et les soirées de discussion montrent en première place que les sapeurs-pompiers sont d'abord « de l'action » et ensuite « de la pensée » et « de la parole ». Pourtant, une fois qu'ils commencent à parler...

Pendant les dizaines d'exercices de corps avec les sapeurs-pompiers et les ambulanciers, il est apparu indispensable de connaître l'essentiel de leur monde de tous les jours ou idéalement d'en faire partie de façon optimale, pour en venir à un système sérieux de *peer support*. Le pompier ne supporte aucun indiscret et ne veut pas se sentir « victime de... » Dans ce milieu, c'est comme si tu « devais avoir le cancer » comme accompagnateur du stress pour pouvoir comprendre le cancer. L'assistance d'un psychiatre, psychologue, thérapeute ou intervenant social à une victime, donc l'assistance à partir d'une position de force par les connaissances théoriques du diplômé et de « l'expérimenté » ne va pas de pair avec les problèmes de stress des sapeurs-pompiers. Comme déjà dit plus haut, il sera important de considérer les membres du groupe de sapeurs-pompiers et d'ambulanciers comme étant des égaux. Pour ainsi, après avoir reçu un mandat utilisable basé sur l'égalité, essayer de ranimer une conversation sur les interventions traumatisantes. Le pompier considère que la marge entre échouer et réussir, entre sauver et ne plus savoir sauver et donc entre « être un héros » ou « se sentir également victime » est très petite. Par définition, les services d'assistance de première ligne doivent donc être éclairés sur le fait que dans une ambiance de confiance, l'on doit savoir parler des sentiments de chacun dans la compréhension et le respect mutuel. Pendant cette discussion, l'accent est clairement mis sur la reconstruction de l'événement, suivi de la légitimation et la normalisation des réactions. Le sens caché des « réactions normales à un événement anormal » leur va bien. Dans le groupe, viennent principalement au premier plan les sentiments suivants: l'impuissance souvent envahissante, le sentiment vraiment haineux d'abandon, la tristesse paralysante envers la peine humaine (souvent reconnaissable) des victimes, le sentiment de culpabilité intense de n'avoir rien pu faire ou d'en avoir fait trop et la colère que suscite tout cela. Car on ne rentre pas chez les sapeurs-pompiers pour cela, ce que l'homme de la rue pourrait aussi penser ! Avant de s'arrêter aux séquences de l'assistance psychologique, il est important d'aller d'abord plus loin dans les phases qui peuvent être retrouvées dans une intervention de sapeurs-pompiers et le contexte dans lequel de telles interventions trouvent place. C'est justement ce contexte qui va donner un sujet aux discussions de groupe -le dénommé *supervised peer debriefing* comme il a été mené dans la pratique par les membres du FIST -le caractère multidisciplinaire du traitement-choc après une action de grande envergure. L'expérience psychologique -aiguë et *on-scene* -d'un événement traumatisant est le sentiment d'une impuissance extrême et d'une perte de contrôle envahissante.

La perte la plus lourde pour la victime est sa parole: c'est comme si sa propre volonté était supprimée. En outre, l'impact traumatique apporte dans beaucoup de cas une désorganisation soudaine et inattendue du travail et/ou de la vie. Rien ne semblera plus pareil.

En plus, il y a aussi la menace de mort ou l'atteinte sérieuse de l'intégrité psychique et/ou physique de soi ou de l'autre, impliqué dans l'événement traumatique. Dans des accidents avec des enfants et/ou des personnes connues, l'illusion d'invulnérabilité -« les accidents n'arrivent qu'avec des victimes imprévues ou inconnues » -est sérieusement atteinte, il est souvent question durant et surtout après les accidents, d'intenses sentiments de culpabilité, honte, colère, rage. L'intervenant touché ne peut plus défendre, dans beaucoup de cas, son image du monde. Les bases et les attentes de la vie ne tiennent plus debout, tout -et même la pratique du métier -est malhonnête, injuste, imprévisible et dangereux. Derrière chaque coin se cache le danger. L'entraînement n'est plus un synonyme de contrôle. Chaque intervention signifie le danger. Les collègues ont peur à chaque alerte, etc.

Le pompier moderne est à peine entendu pendant une intervention, à cause de l'habit de protection qu'il porte. Parfois, il a même du mal à reconnaître et/ou entendre ses collègues. L'équipement des sapeurs-pompiers les protège contre les impacts mécaniques, les bruits assourdissants, la chaleur par rayonnement ou contact direct.

Finalement, cela rend le pompier en partie privé de ses sens et de son expérience. Ce sont les vieux sapeurs-pompiers ou les plus expérimentés qui ressentent une difficulté du fait qu'auparavant ils sentaient mieux leur métier, ils pouvaient alors davantage sentir le feu comme quelque chose de vivant. L'on pouvait « figuralemment » suivre le feu par la chaleur et le bruit. Maintenant on est en partie emprisonné. Cela n'a pas seulement des conséquences sur les sensations opérationnelles -comme par exemple sentir venir le retour des flammes. Le sapeur-pompier est aussi touché socialement: il opère souvent en individuel et pourtant toute intervention exige un contact direct avec les collègues et un travail d'équipe. C'est difficile dans ces circonstances !

L'expérience ci-dessus rend le pompier impliqué très incertain. Surtout dans la phase initiale d'une intervention et à moins qu'il ne remarque que la charge psychique d'une intervention risque d'être encore plus grande, l'agitation corporelle est très grande. C'est dans la plupart des cas cette agitation qui fera que, aussi bien le sapeur-pompier que l'ambulancier, l'infirmière, le médecin des urgences, le policier... ne se rappellera qu'une fraction de la réalité. Cette même agitation est responsable du fait qu'ils vont faire plus de fautes, penser ou prendre une décision de manière incohérente.

L'agitation corporelle est nécessaire pour être opérationnel et vigilant. Cependant, c'est celle-ci même qui, pendant des interventions traumatisantes, est responsable d'une chute d'attention -comme le rétrécissement du champ de perception -et peut amener des faillites humaines. Les sapeurs-pompiers refusent cependant d'admettre ces données. C'est contre leur code d'honneur.

Ce phénomène de rétrécissement de l'attention se trouve dans la littérature scientifique et est connue sous le nom de *Easterbrook-claim* [10]. Selon *Easterbrook-claim*, l'agitation physiologique d'un événement émotionnellement chargé entraîne un rétrécissement de l'attention (*narrowing of attention*). Cette diminution de l'attention mène finalement à une diminution des capacités de prendre les éléments d'information clés d'un environnement où un événement prend place [10, II]. L'intervenant impliqué peut donc difficilement arriver seul à une reconstruction de toute l'intervention. Ceci est pour lui comme un grand puzzle dont il n'aurait qu'un nombre restreint de pièces, ce qui augmente sa difficulté d'arriver à une image globale de l'intervention, pourtant c'est une condition sine qua non pour arriver à un développement sain. Bien que nous couplions cette vue aux affirmations a posteriori - l'information d'événements émotionnellement choquants, est souvent mal encodée -, nous nous trouvons près du centre du problème: la fantaisie autour d'un événement traumatisant est souvent plus grave que la réalité.

Le problème est surtout que, d'un côté les scientifiques proposent que les événements hautement chargés en émotion diminuent a priori les souvenirs [14, 22] et que, de l'autre côté, certains chercheurs prétendent le contraire: les événements émotionnellement choquants mèneraient à des souvenirs plus détaillés [5]. Par exemple, les études sur le *weapon/ocusing* [6, 15- 17] montrent qu'un stress déterminé induit les objets comme armes à feu ou couteaux, pendant l'usage des méfaits et peut exiger toute l'attention de l'homme et donc améliorer le niveau des détails et sa minutie, ceci au détriment d'autres détails de la situation donnée.

Il arrive en effet souvent, pendant les *debriefings* psychologiques, que les intervenants impliqués décrivent l'événement traumatisant comme quelque chose qui arrive comme dans un film ou un clip vidéo, invraisemblable et plein de signes de non-connaissance de la réalité. Le bébé blessé est d'abord vu comme une poupée sur le siège arrière, le visage d'une connaissance s'y reconnaît beaucoup plus tard, une fois l'intervention et le travail douloureux terminés. Ici, on trouve de nouveau l'intervention du mécanisme de

choc -croyance comme le tunnel, diminution de l'attention, etc. -qui fait que les intervenants impliqués pendant le travail traumatique n'y échappent pas. L'organisme humain ne se laisse pas aller à une « perte totale ».

Les intervenants impliqués l'expriment par après comme « travailler en pilotage automatique ». Donc, la plupart des opérations pendant les premiers moments d'une intervention traumatisante se font automatiquement, instinctivement, appris par exercice, avec peu de paroles, dirigés, invraisemblables, irréels. Les enfants sont donc souvent des poupées. Les connaissances sont, à ce moment « étrangères », les blessés ou les morts sont déshumanisés en partie via l'humour noir, pour pouvoir garder une certaine distance.

Il arrive toujours un moment où le pilotage automatique s'arrête. Après l'intervention, on connaît ce phénomène de « contre-coup » ou le fait de « craquer après coup ». Pendant les longues interventions, un stimulus peut parfois déclencher l'arrêt du pilotage automatique: l'impression que la victime ressemble à un membre de la famille, un ours en peluche ou une poupée ou tout autre stimuli qui, instantanément, perfore l'armure de l'intervenant. Ce qui le fait principalement fonctionner comme un homme vulnérable. Cela ne dure naturellement pas longtemps. Une fois l'action intense derrière le dos et le danger écoulé, l'intervenant impliqué a, parfois partiellement, une vision de ce qui s'est réellement passé et de ce qu'il a fait. À partir de là commence le « trauma vidéo carrousel » : à cause du souvenir fragmenté pendant l'intervention, chaque intervenant commence à reconstituer l'intervention - voir à ruminer -, en se demandant en permanence si cela n'aurait pas pu se dérouler autrement et si lui ou ses collègues n'auraient pas pu ou dû faire plus. Au plus, l'intervention reste lacunaire, ces questions durent et l'esprit reste occupé à ruminer l'intervention.

Ici, les victimes tombent directement dans le dialecte du psychotraumatisme : remémorations continues entrecoupées de périodes de dénégation/ diminution, d'où ressortent en outre beaucoup de plaintes plus accrues, et où l'excitation corporelle reste. L'individu impliqué peut très bien s'emmurer dans la remémorisation ou dans la dénégation avec comme conséquence une augmentation du dysfonctionnement social. À ce moment on parle d'un état du stress post-traumatique.

Les chapitres précédents montrent qu'un *debriefing* psychologique avec tous les acteurs d'une intervention de grande envergure est un must pour que l'esprit des intervenants impliqués retrouve, le plus vite possible, son calme.

L'ASSISTANCE EN SITUATIONS DE CRISE
ET LE *DEBRIEFING* PSYCHOLOGIQUE
APRÈS DES INTERVENTIONS
TRAUMATISANTES

Considérations préliminaires

L'expression d'une intervention émotionnante, choquante ou traumatisante, en groupe et suivant une procédure prévue à cet effet, sera appelée dans les paragraphes suivants le *debriefing* du stress traumatique (DST). En fait, le DST est une intervention dirigée sur l'individu ou le groupe, dans laquelle les éléments importants d'une expérience traumatique entrent en ligne de compte peu après l'événement.

Depuis peu, le DST a été principalement recommandé comme la technique de gérance du stress par excellence dans les métiers à risque -intervenant sociaux dans les catastrophes, services de sapeurs-pompiers, militaires, police et services de l'ordre, etc. [4,9, 13, 18, 20, 21].

Sans vouloir revenir sur la façon dont les *debriefings* psychologiques, dans leurs nombreuses variantes, sont menés, nous pouvons quand même insister sur l'importance de la reconstruction des événements traumatiques. Le DST a pour but d'adoucir les souffrances psychiques (souvent intenses) à la suite d'un événement traumatique, d'où l'importance des souvenirs clairs et précis. Pour des interventions où plusieurs corps de sapeurs-pompiers ou d'ambulances, ou même des groupes d'assistance plus grands, ont pris part, ceci est un problème en soi, les intervenants ne se rendent souvent pas tout à fait compte de la grandeur du cadre et du vrai contexte de l'intervention où ils furent un petit -mais souvent important -maillon. En termes d'intervention de grande envergure comme les accidents de la route, les feux, les éboulements, les explosions, c'est-à-dire des événements catastrophe, il est donc clair qu'une reconstruction précise est impossible si on n'en parle qu'avec son propre corps. Il est impossible d'avoir des informations complètes sur une intervention multidisciplinaire et sur la mesure dans laquelle celle-ci peut être considérée comme réussie, si on ne tient un entretien qu'à l'intérieur et qu'avec les membres d'un même corps. L'exemple de la pratique va l'illustrer.

« À propos d'un très grave accident de la route où finalement on déplora quatre morts, un pompier a dû, pendant le sauvetage, se contenter de regarder à quelques mètres de distance, comment son collègue et le personnel des services de l'aide médicale urgente ont administré les soins médicaux nécessaires et sont même passés à la réanimation d'un blessé grave. Il était là, à quelques

mètres, prêt à intervenir immédiatement à la moindre étincelle avec une lance à haute pression. Pourtant, il s'est senti par la suite superflu et inutile. Pour lui, ce fut le pire qu'il eut jamais fait. Devoir se contenter de regarder comment les collègues, avec des moyens humains et matériels importants, se battaient pour essayer de sauver quatre personnes gravement blessés. Pendant le *debriefing* de groupe -où les sapeurs-pompiers, policiers, ambulanciers, service de dépannage et quelques autres services d'assistance étaient présents -, le pompier en question éclata de colère, puis pleura. Jusqu'au moment où une infirmière et un médecin des urgences expliquèrent qu'ils n'auraient jamais pris de tels risques s'il n'y avait pas eu un pompier prêt avec une lance à haute pression car de l'autre côté tombait goutte à goutte une matière inflammable. Le contact visuel qu'elle avait gardé avec lui et qu'il avait ressenti comme réprobateur pendant l'intervention signifiait beaucoup pour cette infirmière. Finalement, elle était reconnaissante envers le pompier pour sa présence. Elle exprima en outre encore d'autres choses très importantes, principalement en expliquant qu'elle était déjà rassurée quand elle avait appris par la radio, sur le chemin de l'intervention, que les pompiers étaient en route pour l'accident. Cela donnait quelque chose comme « si ce sont ces gars, ça ira! » .

L'intervention du personnel de l'aide médicale urgente, entre autres les infirmières et les médecins ainsi dénommés, mirent le pompier « au niveau » de l'intervention thérapeutique. Il se sentit reconnu dans son travail qui, en effet, est parfois de nature passive. J'emploie toujours cet exemple quand les collègues veulent me convaincre que le *debriefing* psychologique doit se passer seulement au sein même du corps. »

D'autres buts, tout aussi importants, du DST, sont la ventilation de la tension et des frustrations accumulées, la normalisation et la légitimation des réactions et sentiments interprétés, l'accomplissement de la restructuration cognitive (les cognitions négatives sont en partie remplacées -si possible -par des cognitions positives), la création d'un lieu, presque mythique, entre les compagnons d'infortune et l'identification des intervenants avec un risque élevé dans des circonstances irritantes.

Le supervised peer debriefing (SPD) par le FiST
Buts du SPD

Le *debriefing* psychologique, c'est-à-dire le *debriefing* du stress traumatique (DST), semble être un moyen effectif pour parvenir à un dysfonctionnement prolongé après une crise traumatique à condition que la discussion soit menée par les bonnes personnes au bon moment.

Le DST contient les éléments d'évaluation, de ventilation de sentiments, de reconnaissance, de normalisation des réactions et symptômes intervenants et d'évaluation de l'individu et de fonctionnement de groupe. Le terme « *debriefing* » peut parfois être bien traduit par « évaluation ». Le *debriefing* psychologique est donc la forme d'intervention de crise psychologique par excellence. L'intervention peut aussi bien prendre place individuellement qu'en groupe.

Pendant tout le DST, on tente d'atteindre les cinq buts généraux suivants :

- premièrement: arriver ensemble, avec toutes les personnes impliquées, acteurs de l'intervention, à une reconstruction précise de ce qui s'est réellement passé, mettre toutes les pièces du puzzle des personnes impliquées ensemble pour arriver à un ensemble ;
- deuxièmement: offrir la possibilité aux personnes impliquées de ventiler leur réaction émotionnelle en rapport avec l'événement et apprécier l'intensité de ces réactions ;
- troisièmement: offrir aux personnes impliquées la reconnaissance, le soutien, l'information et le calme par la discussion détaillée, la normalisation et la légitimation des symptômes ;
- quatrièmement: initier, stimuler et catalyser chez les participants leur propre capacité d'assimilation traumatique et les aider à retrouver la sérénité et la confiance (y compris leur sentiment de prévisibilité et de contrôle) dans l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent ;
- cinquièmement: effacer le sentiment de détachement des personnes impliquées en soulignant la fraternité réciproque. Stimuler la solidarité et la communauté parmi les compagnons d'infortune des différentes disciplines (et au besoin soutenir aussi l'enveloppe sociale des « victimes »).

Le but principal est donc d'aider les gens impliqués, étant donné que la souffrance psychique est prolongée mais qu'ils peuvent apprendre à l'utiliser comme un « moteur » au lieu de se laisser piétiner par celle-ci. Tristesse, peine, angoisse, peur, colère et sentiments intenses sont des catalyseurs pour arriver à une assimilation du traumatisme. La prolongation de la souffrance peut parfois être ramenée à la conscience par un petit stimulus sans importance (surtout les odeurs) suffisant pour raviver tous les souvenirs. Le DST ne sert ni à renforcer ces sentiments ni à les écraser, mais bien à offrir une reconnaissance des sentiments qui viendront pendant la discussion. Ils peuvent être présents comme une réaction normale à une situation anormale.

Il y a aussi toute une série de petits buts, plus dirigés sur l'individu. Ils contiennent, en premier, l'aide à la

reconstruction cognitive au moyen d'une compréhension claire aussi bien des événements traumatisants que des réactions à ceux-ci.

Le monde des victimes peut bien se retrouver la tête en bas, mais ne doit pas y rester. Ensuite, la tension individuelle et de groupe doit être diminuée. Par-dessus tout, on doit diminuer le sentiment d'anormalité dont les victimes d'événements traumatiques se souviennent, en leur laissant partager leurs sentiments avec plus ou moins les mêmes opinions et en leur expliquant qu'il s'agit de réactions normales à un événement ou une situation anormal.

On doit aussi essayer d'argumenter le soutien, la solidarité et la cohésion du groupe. On doit aussi préparer les victimes à des symptômes ou réactions qui pourraient apparaître plus tard et finalement identifier qui aura besoin de plus d'aide.

Les éléments de base dans le *supervised peer debriefing* (SPD)

La forme du DST étant une forme de *peer debriefing* (*debriefing* de pairs) supervisé -cf. SPD -, les règles d'ordre suivantes doivent être respectées: si on est impliqué soi-même, on doit laisser l'accueil du *debriefing* aux autres. La supervision du *debriefing* réside dans la surveillance et le soutien du processus de *debriefing* psychologique, donc la réunion de soutien de collègues entraînés (pour les collègues) doit être fait par un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute. Un point essentiel dans le travail du FiST est que ces personnes d'aide et de soutien de crise aient eu une expérience de terrain chez les sapeurs-pompiers et des pratiques médicales d'urgence. Le principe de comparaison sociale, comme mentionné plus haut dans le texte, est très important dans le milieu des services de sapeurs-pompiers, policiers et ambulanciers.

Le fait que les accompagnateurs du stress, les personnes qui accueillent ou les « débriefeurs » soient aussi des intervenants a en outre encore un rôle important. Quand des interventions extrêmement choquantes sont discutées, on présentera, dans la mesure du possible, des photos dures non censurées ou des films en rapport avec les activités d'assistance. Ce matériel de faits est très important pour compléter les lacunes a posteriori dans l'expérience de chaque intervenant impliqué qui, pendant l'intervention, fut souvent ou parfois, partiellement sous l'influence d'une attention accrue (*tunnel vision*) dont on a déjà parlé plus haut, ou encore, si attristé dans l'activité, que beaucoup d'informations importantes pour le développement du traumatisme se perdent. Ainsi, il est difficile pour les intervenants de former même une image globale autour de l'événement. Il n'est pas donné

à tout le monde de supporter les images d'intervention extrême sans même une préparation. Devant le repêchage d'un vieux corps en dehors du canal, le sauvetage d'une victime mutilée (enfants), l'enlèvement de restes humains en dehors d'une maison, d'un véhicule ou d'entre les rails d'un train, ce ne serait pas la première fois qu'un professionnel d'un secteur plus doux, même prévenu, devrait vomir pendant ou après une discussion, entre autres à cause de la cruauté des informations qu'il aurait vues ou entendues pendant cette discussion. On ne pourrait pas se permettre que la personne qui accueille et accompagne au stress en soit la victime, si elle reçoit des intervenants après une catastrophe !

L'avantage d'être soi-même pompier ou sauveteur pour être « débriefeur », est que, durant la discussion d'accueil, le temps précieux n'est jamais perdu parce que celui-ci doit fournir une explication sur l'intervention du pompier ou de l'ambulancier et dire quelles procédures ou matériels doivent être normalement utilisés. Les intervenants « débriefeurs » doivent vivre bien eux-mêmes et avoir ne serait-ce que quelques années d'expérience de ce travail et savoir où se trouvent parfois les points clés.

Dans un corps de sapeurs-pompiers, il est parfois essentiel pour les initiés de connaître les alliances dans le groupe: les sapeurs-pompiers les plus âgés, les plongeurs, les spécialistes du gaz, les ambulanciers. Pendant une discussion, il peut être très important d'avoir ces informations concernant « les alliances naturelles dans le groupe ».

C'est là que se trouve le seuil, souvent très bas, de participation à une discussion, à cause des participants impliqués, parce que ces derniers savent que les « débriefeurs » sont de la même « race » qu'eux et sont pénétrés du « sentiment des sapeurs-pompiers », que les étrangers ne peuvent pas vraiment imaginer. Ainsi, un jeune cadre dynamique dans un costume trois pièces n'arrive pas en papotant, son téléphone portable à la ceinture, dans une caserne de sapeurs-pompiers. On supporte mieux un sentiment de reconnaissance, avec des marques extérieures de pompier. Cela ne signifie naturellement pas que la personne doit porter ouvertement ses grades de sapeur-pompier. S'ils sont par exemple reconnaissables comme officiers, ils peuvent, sans aucun doute, atteindre l'opposé de ce qu'ils veulent, comme avocat du diable naturel. Les membres du FiST portent donc les vêtements ordinaires des sapeurs-pompiers et se reconnaissent des autres intervenants par un badge qu'ils portent et éventuellement un sweat avec le logo FiST imprimé.

Les personnes qui mènent un DST ou un SPD doivent être bien persuadées qu'elles ne mènent pas les collègues à la punition. Figley [12] analyse de façon détaillée le

problème du traumatisme secondaire chez les intervenants ou les thérapeutes des victimes de traumatismes. Les membres du FiST ne mènent aucune action sans être « débriefés » eux-mêmes par la suite.

En outre, ils doivent être convaincus qu'ils ne sont pas uniquement des conseillers au sens propre du terme. Ils n'ont donc pas non plus affaire à aucun groupe thérapeutique et ils ne voient pas les participants à la discussion comme des patients. Ils ne peuvent pas subvenir aux comportements post-traumatiques, même après le SPD, mais ils peuvent fournir aux personnes impliquées une charpente ou une perspective temporelle dans laquelle le développement subviendra.

Sans vouloir s'attarder, nous mentionnerons encore quelques habiletés que les « débriefeurs » des FiST possèdent. Mis à part le fait qu'ils signent uniquement un code de déontologie, ils doivent pouvoir mener des discussions de groupe et posséder un large répertoire de techniques de discussions et de communications. Il est donc important de pouvoir gérer des problèmes de tristesse, d'anxiété, de colère, de honte et de culpabilité et de disposer d'un patrimoine plein d'empathie. Ils doivent disposer d'un point de repos et ne pas se laisser « embarquer » par un groupe de victimes. Le schéma qu'ils doivent laisser aller ou utiliser comme fil conducteur pendant la discussion est basé sur les différentes phases que nous retrouvons dans chaque variante de *debriefing* psychologique, le processus va d'un niveau cognitif à un niveau émotionnel et finalement de nouveau à un niveau cognitif (cf. pour un vide émotionnel).

Le SPD ne travaille pas uniquement de manière curative, mais essaie plutôt d'être préventif. Il est tout à fait faux de dire que les *debriefings* psychologiques sont organisés « pour ceux qui ont encore des problèmes... » ou « ceux qui ont encore du mal à s'en sortir ». À moins que cet a priori ne soit posé, c'est certainement à l'intérieur d'un tel milieu la meilleure garantie pour atteindre juste suffisamment quelqu'un. Il sera quand même mentionné plusieurs fois pendant la discussion que, finalement, les impacts non travaillés ou non soignés peuvent mener, même jusqu'à quelques années après, à un état de stress post-traumatique.

Prendre part à un DST ou à un SPD est toujours basé sur la liberté. Les participants sont toujours invités par écrit et verbalement à un organe de coordination FiST (organisation et structure du FiST, voir plus haut). La lettre par laquelle chaque personne impliquée est invitée personnellement contient quelques points clés d'un travail possible ainsi qu'une première forme de reconnaissance. Le texte essaie, après l'invitation, de normaliser et d'égaliser les réactions de développement existantes. En accord avec les principes de base de l'aide psycho-

logique, la discussion prend place en majorité sur le lieu de travail des intervenants impliqués.

LA CONSTRUCTION D'UN RÉSEAU
D'ÉQUIPES DE GESTION DE CRISES
DANS LES SERVICES DE SAPEURS-
POMPIERS ET D'AMBULANCIERS :
LA STRUCTURE DU FiST COMME MODÈLE

Processus de construction et séquences de travail

Dans les paragraphes suivants nous allons nous arrêter de façon succincte sur la façon dont un corps de pompier ou d'ambulancier peut se joindre à un réseau FiST.

La première activité d'un corps concerné réside dans la prise de contact avec les responsables FiST de la province concernée. Ensuite une date est fixée pour aborder avec tout le groupe, durant un exercice de corps, le thème « du stress traumatique dans la pratique », le contenu de ce programme étant déjà discuté avant.

À la fin de cette discussion d'introduction et d'exploration, les membres d'une équipe de gestion de crises (EgeC) seront sélectionnés (cela peut aussi arriver après un temps de réflexion). La sélection se fait en trois temps. Dans un premier temps, les membres des EgeC sont élus par leurs collègues; peu après, le commandement du corps de sapeurs-pompiers implique formule son avis concernant l'aptitude des membres sélectionnés et finalement ces candidats sont jugés par les entraîneurs responsables du FiST.

Si les membres de l'équipe impliquée reçoivent un « go » alors, les personnes concernées sont invitées à prendre part à la formation de base du FiST. La force de cette procédure de sélection est en premier lieu le mandat que les collègues reçoivent, de la part de leurs collègues et leur commandant, pour travailler sur des problèmes délicats. De plus, il est important de remplir quelques points en rapport avec ces membres de l'EgeC. En ce qui concerne l'avis des responsables du FiST (entraîneurs et superviseurs) il est important de souligner que les candidats sélectionnés ne se trouvent pas volontairement en première place suite à une expérience traumatisante non travaillée jusqu'au bout. Dans chaque formation arrivent des moments (voir le programme de formation) où des résidus traumatiques non travaillés en rapport avec des interventions passées sont utilement abordés de nouveau. Il est normal que ces résidus continuent à toucher les personnes impliquées, mais dans le cadre d'une formation ou pour participer à un travail d'équipe, les membres de l'EgeC concernée ne peuvent pas être paralysés par ceux-ci.

De plus, il est important de repousser les candidats qui, de façon naturelle ou officielle, sont concernés par la

tâche d'occupation de première ligne. Nous pensons, entre autres, aux dirigeants qui prennent en main, à l'intérieur du corps, une tâche d'enquête administrative sur les accidents. Durant les activités individuelles ou de groupes, toute une série de choses seront de toute manière dites en toute franchise, ce qui est demandé explicitement à l'avance aux participants.

Ce ne serait pas correct d'utiliser ces informations par la suite dans une enquête administrative ou juridique. Plus loin, nous pensons aux délégués syndicaux: ils représentent une partie des travailleurs dans une organisation mais peuvent utiliser pour des raisons sous-jacentes ou pour d'autres raisons, les habiletés apprises pour les crises psychologiques, ou activer l'accompagnement.

L'aumônier, ou d'autres aides spirituelles qui ont pourtant leur rôle dans l'aide aux victimes à travers une certaine philosophie de la vie, ne sont pas les membres idéaux d'une EgeC.

Pour chaque équipe, il est important d'avoir l'autorisation du chef de corps pour la construction d'un système d'aide aux collègues. C'est en outre important d'avoir des représentants de la direction du corps dans l'équipe de stress impliquée, pour des raisons stratégiques et comme signe de reconnaissance de la problématique.

Après les exercices de corps de base, les questions par lesquelles les membres de l'équipe sont sélectionnés sont donc les suivantes: « Qui voyez-vous dans votre propre corps remplir le rôle de "personne de confiance" ? » et « Vers quel collègue vous tourneriez-vous si vous vous trouviez avec un certain problème vis-à-vis d'une intervention ? »

L'expérience nous apprendra que de ces sélections ressortent la plupart du temps de sérieux « collègues de premier soutien psychologique ». Les intervenants qui travaillent ensemble dans des circonstances parfois dramatiques se connaissent parfois mieux que leur propre partenaire. On a donc très peu d'explications à ajouter sur la procédure de sélection citée ci-dessus.

Une fois les membres de l'équipe sélectionnés, ils sont réunis avec des *membres d'EgeC* d'autres corps dans un groupe de 12 à 15 personnes. Le but est de former ensemble le futur FiST de différents corps d'une même région. Par la suite, un réseau d'EgeC sera créé pour toute une région. Le travail de ce réseau sera expliqué un peu plus loin dans ce texte. Le programme de formation de base (voir structure) est dirigé sur l'atteinte d'un équilibre entre la formation de groupe (*team building*), la formation théorique, les exercices pratiques (psychodrame, jeux de rôle, promulgation, etc.), les processus de croissance personnelle (l'intervenant apprend selon son propre style à assister les victimes traumatisées par

l'introspection des méthodes thérapeutiques, musicales et de créativité, une formation graphique, etc., de sorte que le traumatisme est étudié d'une façon dirigée sur l'expérience) et les activités de groupe informelles.

Formation de base -crash course chez les intervenants

Il s'agit d'une formation de prévention de base, accueil et surveillance du stress traumatique chez les sapeurs-pompiers, ambulanciers et les services de l'ordre.

Jour 1 (partie 1)

Accueil, installation, mise en registre, connaissance. L'événement émotionnel choquant (EEC) dans la situation de travail et après... ? Considérations de base sur la construction d'un réseau d'équipe de crise: la philosophie de base et la méthode FiST. Exercices dirigés sur l'expérience de psychodrames; exercices individuels et travail de groupe.

Jour 2 (partie 2)

Exercices de relaxation et exercices de méditation. Analyse de crise. La perspective de temps pour l'assimilation et l'accommodation après un EEC ou un tournant psychologique traumatique. Étude de cas et discussion sur vidéo. Base de l'aide psychologique d'urgence.

Jour 2 (partie 3)

S'en sortir avec la perte et la tristesse après un EEC : retrouver un équilibre après une expérience de perte aiguë. Impacts et conséquences d'un EEC : changement à court et à long terme. symptômes du stress (post-traumatique) Les cinq grands de la psychotraumatologie : exercices pratiques -principes de base d'assistance psychosociale avant, pendant et après un EEC -annoncer une mauvaise nouvelle.

Jour 3 (partie 4)

Pratique: support *on scene*, discussion, aide psychologique d'urgence, annonce d'une mauvaise nouvelle, le *briefing* sur le stress traumatique.

Jour 3 (partie 5)

Exercices de synthèses, incidents d'envergure dans la situation de travail, chances et menaces de construire une équipe de crise, analyse de calamités ou catastrophes précédentes. Évaluation orale et écrite. Rendez-vous pour des interventions et supervisions futures.

Après le week-end de formation de base, les jeunes membres du FiST suivent une période de formation prolongée d'une année. Le groupe qui a suivi ensemble la formation travaillera à la construction de son équipe,

l'année suivante, sous la supervision des éducateurs du FiST. Ils se retrouvent à nouveau tous les trois mois autour de sujets prédéterminés.

La construction en étapes du FiST pour un corps de sapeurs-pompiers se constitue comme suit :
-exercice de corps généraux + sélection de l'EgeC ; -week-end de formation résidentiels ;
-*follow up* programme.

Après trois mois, les membres de l'EgeC de chaque corps de sapeurs-pompiers se retrouvent avec les éducateurs et superviseurs du FiST autour de la première tâche qu'ils reçoivent après le week-end de formation. Mise sur pied d'un plan d'action pour l'information et la sensibilisation du reste des collègues du corps et le travail sur leur propre brochure d'information autour du sujet: « stress traumatique chez les sapeurs-pompiers ».

Après six mois, les membres de l'équipe se retrouvent de nouveau avec les éducateurs et superviseurs du FiST autour de la deuxième tâche: la mise sur pied d'un plan d'action pour la construction d'un système de partenariat (voir l'implication des autres corps importants dans les services d'urgence ; le facteur « action médico-sociale », etc.) et la construction d'une procédure d'annonce des mauvaises nouvelles.

Après neuf mois, les membres de l'équipe se retrouvent de nouveau avec les éducateurs et superviseurs du FiST pour une discussion mutuelle sur les scénarios d'information ébauchés sur l'aide en cas de crise psychologique (procédure d'opération standard).

Après un an, un exercice de synthèse testera les aptitudes apprises entre-temps. Via un fax ou un téléphone, qui partira de l'équipe FiST-national et qui arrivera par surprise dans un des centres impliqués, un scénario d'une calamité réaliste sera proposé. Les membres du FiST doivent donc effectuer la procédure complète, comme elle a été vue précédemment et ils reçoivent leur appréciation des superviseurs du FiST.

Si pendant l'année, des événements émotionnellement choquants surviennent dans la région où le réseau du FiST est en construction, alors une procédure sociale venant de la coordination régionale du FiST envers les services touchés sera menée.

Les membres du FiST, pas encore tout à fait formés, seront appelés, dans la mesure du possible, comme observateurs et auxiliaires, finalement pour apprendre à être guidés par des « débriefeurs ».

Finalement, les membres de l'équipe provinciale du FiST continuent d'inviter tous les trois mois tous les membres du FiST pour une réunion de perfectionnement pour finalement s'assurer que la flamme continue à brûler même si il n'arrive plus rien de choquant.

Structure de travail

Étant donné que la Belgique est encore divisée en provinces, on établit dans chaque province une équipe où les mêmes rôles se retrouvent. Globalement, il existe dans des FiST différentes catégories « d'intervenants pour intervenants ». En première instance, nous pensons aux membres des FiST. Aussi bien pour les équipes nationales que provinciales, on dispose d'un secrétaire, d'un coordinateur, d'un superviseur, d'un conseiller médical et d'un trésorier. La compétence de ces formations est illustrée par les tableaux ci-dessous.

Le secrétaire est toujours un commandant d'un corps de sapeurs-pompiers qui est principalement le contact extérieur du FiST. Les compétences de chaque secrétaire provincial sont les suivantes :

- relations publiques ;
- contact dans les interventions traumatiques avec les corps sans FiST ;
- gérance des rencontres (de formation continue) provinciales tous les trois mois ;
- contacts avec l'équipe nationale ;
- contacts préférentiels pour les organisations externes aux sapeurs-pompiers ;
- orateur pour les instances officielles et la presse.

Le superviseur est un professionnel du psychologique : un psychologue, psychiatre ou thérapeute. Les compétences de chaque *superviseur provincial* sont les suivantes :

- surveillance du travail du FiST provincial et de la qualité du *debriefing* périodique des *debriefings* (après chaque intervention, les « débriefeurs » sont eux-mêmes débriefés) ;
- si besoin, *debriefing* immédiat des membres du FiST, après une intervention ;
- surveillance de la déontologie et de la philosophie du FiST ;
- contacts avec les assistances professionnelles (pour orientation) ;
- professeur dans les centres de formation provinciale et les soirées d'information ;
- élaboration d'un plan d'action annuel pour la formation continuée des EgeC ;
- approfondissement permanent des aptitudes acquises.

Les médecins du FiST sont en principe des médecins d'urgence reconnus qui surveillent l'aspect médical des événements traumatiques. Les compétences de chaque médecin provincial du FiST sont les suivantes :

- adviser médical pour le travail provincial du FiST ;
- back-up* pour les problèmes traumatiques psychomédicaux spécifiques ;
- personnes de confiance pour les membres des corps et les « débriefeurs » ;

- retravailler leur propre point de vue d'un psycho-traumatisme ;

- renforcer les conseils sur l'exercice physique comme antidote ;

- rester disponible pour le DST (conserver le contact avec la pratique du *debriefing*).

Le coordinateur du FiST, qui est un cadre d'un corps de sapeurs-pompiers et possède dans sa région de moyens financiers, d'un bon équipement de télécommunication et de multimédias, est la personne clé du fonctionnement concret. Certaines provinces disposent de plusieurs coordinateurs, qui alternent à tour de rôle, ou d'une équipe de coordinateurs. Dans le texte ci-dessous, il sera encore plus clair que lors de catastrophes les frontières des provinces sont outrepassées et qu'un coordinateur ne suffit pas. Les compétences de chaque coordinateur provincial sont les suivantes :

- mise en place d'une équipe de *debriefing* après la procédure de prise de contact ;
- maintien de « l'état d'urgence » des débriefeurs du FiST provincial ;
- maintien des rapports sur chaque intervention du FiST ;
- disponibilité permanente = exigence centrale ;
- antenne de garde provinciale en rapport avec le besoin et l'envoi d'une procédure ;
- travail en tandem avec le secrétaire du FiST provincial ;
- initiateur/responsable de la mise en marche du FiST national ;
- coordination (avec le secrétaire et les corps impliqués) de l'horaire pour l'organisation d'une intervention FiST.

Les tâches du trésorier du FiST parlent d'elles-mêmes. Il s'occupe des aspects financiers et statutaires du travail du FiST et dresse le rapport annuel des activités en collaboration avec le secrétaire du FiST.

Dans l'équipe nationale, on retrouve les mêmes rôles avec comme différence que les tâches se situent à un niveau plus élevé. La seule fonction qui s'ajoute au travail de l'équipe nationale est le conseiller juridique. Il est évident que le travail autour d'événements traumatiques et d'accidents d'envergure contient aussi beaucoup d'aspects juridiques. Finalement, travailler avec les victimes, en toute sécurité et dans un cadre de loi, ainsi qu'avec les « débriefeurs », est une fonction très importante.

Les scénarios des FiST provinciaux déterminent pour quelle intervention l'équipe nationale doit être activée ; principalement en ce qui concerne la supervision de l'intervention ou le remplissage du contenu concret d'une intervention extrêmement difficile.

En dehors des membres de l'équipe, la structure du FiST contient encore quelques autres catégories de travailleurs.

En premier lieu, les « débriefeurs » suivent les week-end de formation de base et les quatre entraînements de *follow-up* (à raison d'une fois tous les trois mois). Ils travaillent spontanément à l'intérieur du corps de façon non structurée et peuvent, sur demande de quelques collègues, prendre eux-mêmes la décision de débriefeur. S'il s'agit d'une plus grande intervention traumatisante, ou davantage de ses collègues et même des collègues d'autres disciplines sont impliqués, ils préviennent le FiST provincial qui mènera une intervention plus loin en mesure des corps impliqués (voir exemple d'une séquence d'activité). Ensuite, sont encore liés aux structures du FiST les « débriefeurs » externes. Ils appartiennent à une autre organisation que les sapeurs-pompiers; par exemple à la société du tram ou du bus, des lignes de chemin de fer, des services sociaux des villes ou des hôpitaux; mais selon la formation et les services de base du FiST, ils sont des contacts préférentiels au cas où leur organisation serait impliquée dans un événement traumatique où les services de sapeurs-pompiers et d'ambulanciers interviennent. Ceci permet d'entrer en contact avec un même événement traumatique de différents services, d'après un même angle d'incidence. Finalement, nous mentionnerons encore les « antennes FiST » : ce sont des sapeurs-pompiers ou ambulanciers qui suivent la formation de base mais qui ensuite ne prennent plus part à des activités de perfectionnement ou des *debriefings*. Ils restent accessibles pour aider à organiser l'assistance de crise psychologique.

La règle d'or: on ne prend pas part comme « débriefeur » à un *debriefing* du stress traumatique si on est soi-même impliqué comme intervenant. Ici se fait valoir l'intervention d'un autre réseau régional du FiST. L'avantage est que, pour les discussions plus intenses, les tensions mutuelles et les rancunes à l'intérieur du corps ou du service ne seront pas ventilées en direction du « débriefeur ».

CONCLUSION

Nous avons essayé dans cet article de créer une image holistique de la pratique des sapeurs-pompiers, des événements émotionnellement choquants auxquels sapeurs-pompiers et ambulanciers sont régulièrement confrontés et de la façon dont on peut se comporter à l'intérieur de ce milieu spécifique

Dans une première partie a été ébauchée une image détaillée dans laquelle les expériences du pionnier du FiST ont été exposées: il semble principalement que les services de sapeurs-pompiers soient un milieu très fermé où les *debriefings* psychologiques et les conseils psychotraumatiques exigent une approche appropriée. Il est

clair que les sapeurs-pompiers et les ambulanciers veulent être soutenus et entendus par les intervenants qui ne les considèrent pas comme victimes mais peuvent les aborder à partir de leur propre pratique couplée à un entraînement permanent dans le domaine des expériences traumatiques.

Dans une deuxième partie viennent les possibilités de *debriefing* du stress traumatique des collègues aux collègues. Dans le texte, on parle toutefois de *supervised peer debriefing*, un nom qui fut employé par le FiST pour accentuer que cette forme de *debriefing* psychologique a été menée par des collègues ou intervenants qui reçoivent un entraînement permanent aux crises psychologiques et psychotraumatiques mais qui, dans leur accueil des collègues, travaillent en permanence sous la supervision d'un personnel psychologiquement qualifié.

Finalement, nous sommes convaincus que la figure centrale par excellence, sans quoi le soutien dans les crises psychologiques d'intervention de sapeurs-pompiers émotionnellement choquantes ou traumatisantes ne serait pas possible, est le commandant des sapeurs-pompiers impliqués. Il semble donc à ce niveau que beaucoup d'informations et de sensibilisations doivent encore être faites.

RÉFÉRENCES

- 1 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders III. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
- 2 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders III-R. Washington DC: American Psychiatric Association; 1987.
- 3 American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders IV. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
- 4 Bergman LH, Queen T. Critical incident stress. Part 1. Fire Command 1986; 52-6.
- 5 Christianson SA, Loftus EF. Some characteristics of people's traumatic memories. Bull Psychonom Soc 1990; 28: 195-8.
- 6 Cutler B, Penrod S, Martens T. The reliability of eyewitness identification. Law Hum Behav 1987; 11 : 233-58.
- 7 De Soir E. Enquête permanente non-publiée à base du questionnaire « Traumatische Stress bij Brandweer- en Ambulance Hulpverleners ». Leopoldsburg : éditeur 1995, 1996, 1997.
- 8 De Soir E. Traumatische Stress en Politie. Antwerpen/Apeldoorn: Maklu Uitgevers; 1997.
- 9 Dunning C, Silva M. Disaster-induced trauma in rescue workers. Victimology 1980; 5: 287-97.
- 10 Easterbrook JA. The effect of emotion on cue utilization and the organization of behavior. Psychol Rev 1959; 66: 99-113.
- 11 Eysenck MW. Attention and Arousal: Cognition and Performance. Berlin: Springer-Verlag; 1982.
- 12 Figley CR. Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress in those who treat the traumatized, New York: Brunner/Mazel Inc; 1995.
- 13 Griffin CA. Community disasters and post-traumatic stress disorder: a debriefing model for response. In: Williams T. (ed.). Post-traumatic stress disorders: a handbook for clinicians. Cincinnati: American Disabled Veterans Publication; 1987. p. 293-8.

- 14 Kassin SM, Ellisworth PC, Smith VL. The "general acceptance" of psychological research on eyewitness testimony: a survey of experts. *Am Psychol* 1989 ; 44 : 1089-98.
- 15 Kramer TH, Buckhout R, Fox P, Widman E, Tushet B. Effects of emotional arousal on free recall: anterograde amnesia. Paper presented at the Eastern Psychological Association Convention. Boston: MA; 1985.
- 16 Loftus EF, Loftus OR, Messo J. Some facts about "weapon focus". *Law Hum Behav* 1987; 11: 55-62.
- 17 Maass A, Kohnken O. Eyewitness identification: Stimulating the "weapon effect". *Law Hum Behav* 1989 ; 13 : 397-408.
- 18 Mitchell JT. Emergency response to crisis: a crisis intervention guidebook of emergency service personnel. Bowie, MD: RI Brady Co; 1981.
- 19 Mitchell JT, Everly GE. *Critical Incident Stress Debriefing: an Operations Manual for the Prevention of Traumatic Stress Among Emergency Services and Disaster Workers*. Ellicott City: Chevron Publishing Corporation; 1993.
- 20 Raphael B. *When disaster strikes*. New York: Basic Books; 1986.
- 21 Wagner M. Airline disaster: a stress debriefing program for police. *Police Stress* 1979; 2: 16-20.
- 22 Yarmey M, Jones DR. Secondary disaster victims: the emotional impact of recovering and identifying human remains. *Am J Psychiatr* 1985; 142: 303-7.